SPOSTRZEŻENIA

nad

OSTRYM GOŚĆCEM STAWOWYM

(Polyarthritis acuta).

Napisał

Dr. LEON KOPFF.

KRAKÓW,

W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

pod zarządem Ignacego Stelcla.

1880.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“.

Drowi Karolowi Estrajcherowi
dyrektorowi Biblioteki Jagiell.
członkowi Akademii Umiejętności
pracę niniejszą

ofiarowuje
autor.

I.

Ostry gościec stawowy należy bez wątpienia dla swéj częstości, a jeszcze bardziéj dla smutnych następstw, jakie tak często w narządzie krążenia wywołuje, do najważniejszych chorób i śmiało może stanąć pod względem znaczenia obok zapalenia płuc, duru a nawet suchot płucnych. Mimo jednak swéj częstości i wielu o nim zapisanych folijałów, należy on do tych chorób, których dokładna znajomość, a ztąd i skuteczność leczenia bardzo wiele jeszcze do życzenia pozostawiają.

Do znajomości przebiegu choroby, jéj własności, rozwoju, powikłań i zejść najwięcéj się przyczyniają spostrzeżenia czynione w zakładach leczniczych, a więc szpitalach i klinikach. Chory tu pozostaje pod ścisłą obserwacyją lekarza, zdala od wpływu różnych szkodliwości, tak często w domowém leczeniu napotykanych; lekarz może być spokojnym, że wszystkie jego zlecenia wykonane będą i że przebiegu choroby jakieś obce wpływy nie zakłócą. O wiele większe jeszcze znaczenie z tych samych przyczyn mają spostrzeżenia lecznicze, i może nie będę dalekim od prawdy, jeżeli powiem, że takowe tylko w szpitalach lub klinikach ściśle naukowo robić można.

Za to spostrzeżenia chorobowe inne, a szczególniéj dotyczące etyjologii, jakotéż pierwszych okresów choroby, ze-

brane w zakładach klinicznych lub szpitalnych są nadto jednostronne lub niedokładne, tutaj bowiem, jak każdemu wiadomo, ma się do czynienia tylko z pewną warstwą ludności i chorobami zazwyczaj na szczycie rozkwitu.

Opierając się, na powyżéj wypowiedzianych zasadach, postanowiłem podać tu spostrzeżenia nad gośćcem ostrym stawowym, opisane na podstawie obserwacyj, czynionych w szpitalu św. Łazarza na oddziale Doc. Dra Pareńskiego w ostatnich czterech latach, tj. od r. 1876 do 1880. Przez przeciąg tego czasu leczono chorych obojéj płci, cierpiących na gościec ostry lub przyostry 116. Płeć żadna nie okazywała większéj od drugiéj skłonności do reumatyzmu: mężczyzn było 61, kobiet 55.

Co do wieku otrzymałem wyniki zupełnie zgodne z dotychczasowemi spostrzeżeniami, że gościec ostry najwięcéj nagabuje ludzi od czasu pokwitania aż do wieku dojrzałego, nie należy jednak do rzadkości i w wieku średnim, a nader rzadko występuje u starców. Głównego kontyngensu dostarczali ludzie obojéj płci, między 20 a 30 rokiem życia; wypada na nich z ogólnéj liczby 34,5%. Najczęściéj po nich podpadali gośćcowi ludzie w wieku od 12 do 20 lat, mianowicie 25,9%. Za to poniżéj trzydziestu lat widzimy znaczny spadek: bo na wiek od 30—40 lat przypada już tylko 13,8%, na wiek od 40—50 lat 9,5%, od 50—60 6,9%, powyżéj zaś 60 lat niespełna 6%.

Co się tyczy wpływu pory roku, to zestawienie moje, różni się cokolwiek od większości zestawień innych autorów, dokonanych w innych miejscowościach [1]). Przeważna

[1]) Według Leberta (*Klinik des ac. Gelenkrheum.*, także *Handbuch der praktischen Medicin.* 1872. S. 980) przypadało w Zürichu z 220 przypadków obserwowanych w l. 1853 do 1859 na miesiące od stycznia do marca 27,4%, od kwietnia do czerwca 31,8%, od lipca do września 20,2%, od października do grudnia 20,6%. W Würzburgu przypadało z 79 pacyjentów z l. 1854 do 1860 według Rotha (*Verhandl. d. Würzb. physik. med. Geselsch.* 1863, IV, 277) na I kwartał 30,2%, na II 36,5%, na III 16,3%, na czwarty 27,7%. Zestawienie Fiedlera ze szpi-

liczba autorów, podaje największą liczbę chorych na miesiące październik, listopad i grudzień, najmniéj zaś na czerwiec, sierpień i wrzesień; podczas gdy według mojego zestawienia najwięcéj chorych na gościec przybyło do szpitala w październiku 12% i sierpniu 11,2% najmniéj zaś w maju 3,5%. Stosunek procentowy reszty miesięcy mało się między sobą różni, mianowicie przypada na styczeń 7%, na luty 9,5%, na marzec 7,8%, na kwiecień 5%, na czerwiec 9,47%, na lipiec 7%, na wrzesień 9,5%, na listopad 9,5%, na grudzień 9,43%.

Muszę tu także zwrócić uwagę na fakt i przez innych autorów już dawniéj dostrzegany [1]), że w niektórych latach gościec stawowy szczególniéj w poważnéj liczbie występował, tak, że mimowoli nasuwa się myśl o nagminném panowaniu [2]) lub téż przynajmniéj o wpływach meteorologicznych,

---

tala drezdeńskiego (*Archiv f. Hlkd.* 1866, VII, 156), wykazuje na I kwartał 27,19%, na drugi 27,34%, na trzeci 16,74%, na czwarty 28,73%. Huber (*Bayer. ärztl. Blätt.* 1867 N. 46), podaje, że z 90 chorych obserwowanych w Monachijum w latach od 1865—1866 przypada na kwartał I 27, na II 24, na trzeci 10, na czwarty 29 chorych. W Kopenhadze według Langego (*Virch. u. Hirsch Jahrb.* 1866 II, 269) z zestawienia obejmującego l. 1842—1865 przypada najwięcéj chorych na styczeń, najmniéj zaś na wrzesień. Wunderlich (*Spec. Path. u. Ther.* 1856, 612) podaje na Iszy kwartał największą liczbę chorych, najmniejszą zaś na trzeci. W szpitalu Rudolfa w Wiedniu najwięcéj chorych na ostry gościec przypadało w r. 1871 na luty, grudzień, styczeń i marzec, w 1872: na grudzień luty, marzec, czerwiec i styczeń; w obu zaś latach najmniéj na lipiec i sierpień.

[1]) Pisarze dawniejsi jak Lange, Pringle, Lancisi, Stoll, Mertens, Störck wprost wspominają o epidemijach reumatyzmu. Według Leberta w Zürichu nadzwyczaj często występował gościec w r. 1857 i 1862; w Kopenhadze według Langego w latach 1844, 1846, 1848, 1849, 1852, 1857, 1860, i 1864.

[2]) Mueller (*Correspondenzblatt für schweiz. Aerzte* Nr. 19. — Virchow, Hirsch 1878. II, S. 270), uważa *Rheumarthritis acuta* za chorobę zakaźną. Na poparcie swego twierdzenia przytacza nierzadkie występowanie gośćca jak gdyby nagminnie (na klinice zürichskiéj w stósunku w r. 1871 do 74 jak 19 do 28 1875 do 77 jak 37 do 80); częste powstawanie gorączki przed objawami chorobowemi w stawach; nie rzadkie występowania

szczególniéj sprzyjających rozwojowi gośćca. I tak w latach, których moja praca dotyczy, w r. 1877 było 39 przypadków podczas gdy w latach 1876, 1878 i 1880 (do maja 5 przypadków) liczba chorych nie przechodzi 25ciu.

O jakiemś zajęciu do gośćca szczególniéj usposabiającém, nie mogę nic powiedzieć, bo jak to już na początku niniejszéj rozprawki namieniłem, w szpitalach w ogóle, a zwłaszcza w naszych, ma się głównie do czynienia z chorymi, należącymi do stanu wyrobniczego. Dla tego więc chorzy nasi rekrutowali się głównie z pośród wyrobników i wyrobnic, murarzy, kominiarzy, woźniców, lokajów i innych sług obojéj płci, w ogóle ludzi którzy zarówno prawie żyją w niekorzystnych dla zdrowia warunkach, jak i narażają się na szkodliwy wpływ zmian meteorologicznych.

Również nie można dojść do żadnych pewnych wyników co do przyczyn, wywołujących gościec, po pierwsze bowiem, od chorych tak mało inteligentnych, jakimi są chorzy w szpitalu lęczeni, nic dowiedzieć się nie można, a powtóre że chorzy ci wcale nie umieją rozróżnić właściwéj przyczyny, i najrozmaitsze zboczenia w ustroju przypisują zawianiu, zaziębieniu lub nawet urokom. Nie mogę tu także podać żadnych spostrzeżeń pod względem dziedzicznego usposobienia do ostrego gośćca, na które coraz więcéj zaczynają zwracać uwagę.

W 12 procent ogólnéj liczby chorych stwierdzono nawrót choroby, w jednym przypadku po raz trzeci. W żadnym przypadku nawrotu choroby nie zauważano jakiejkolwiek komplikacyi ze strony serca lub innego narządu.

Ważnym wydaje mi się fakt, o którym, o ile mi wiadomo, nigdzie nie wspomniano, że u 59% naszych chorych na gościec stwierdzono różnych stopni o b r z ę k ś l e d z i o n y.

---

gośćca po chorobach ostrych zakaźnych jak *Scarlatina, Dysenteria* etc. wreszcie częstość i złośliwość gośćca w krajach gorących a bagnistych, jak np. na Przylądku dobréj Nadziei. Stara się również poprzeć swe twierdzenie zdaniem niektórych anatomów patologicznych, że *Endocarditis rheumatica* jest zymotycznéj natury.

Śledziona, z wyjątkiem nielicznych przypadków, była niebolesną, twardą, obrzęk więc polegał, jak się zdaje, na dawniejszém zakażeniu malarycznėm. Nie ośmielam się twierdzić, że fakt ten zasługuje na miano momentu etyjologicznego, bo w naszéj malarycznéj okolicy niewątpliwie może $^1/_2$ ludności ma obrzmiałe śledziony, uważam jednak za właściwe, w obec tak poważnéj liczby jaką jest 59°/₀ zwrócić uwagę kolegów na fakt ten, w każdym razie godny dalszéj obserwacyi.

Sądzę, że nie od rzeczy będzie tu także wspomnieć coś o częstości zajęcia pewnych stawów: rzecz tę bowiem rzadko uwzględniają statystyki gośćca stawowego. Tak u kobiet jak i u mężczyzn, gościec najczęściéj pojawiał się w stawie kolanowym, mianowicie w 56,9%, obok niego co do częstości stoi staw skokowy w 52,6%. Inne stawy o wiele rzedziéj ulegały zmianom chorobowym. I tak staw nadgarstkowy w 26,8%, staw barkowy w 24%, staw łokciowy w 14,6%, stawy palcowe u rąk w 8,7%, staw biodrowy w 6%, stawy obojczykowe w 3,5%, wszystkie stawy w 3,5%, palcowe u nóg w 2,5%, staw żuchwowy w 7%, kręgowy w 1,7%, żebrowy w 1,7%.

We wszystkich przypadkach, w których chorzy przybyli do szpitala w pierwszych dniach choroby, stwierdzono podniesienie ciepłoty. Przy tém zauważyłem dziwny fakt, na który zwrócił Wunderlich uwagę (*Das Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten*, 1868, str. 361), że maximum ciepłoty przypadało na dzień przybycia chorego do szpitala. Podniesienie ciepłoty wahało od stanu podgorączkowego, aż do 39° i kilku dziesiętnych. W nielicznych tylko przypadkach ciepłota przekroczyła 40° C., ani razu jednak nie dosięgła 41°. Podobnie, jak wszystkie objawy gośćca, tak i ciepłota nie przedstawiała żadnego charakterystycznego typu. Zazwyczaj występowały remisyje ranne, nie przechodzące jednego stopnia. Czas trwania gorączki zostawał zwykle w ścisłym związku ze zmianami chorobowemi w stawach, i dla tego téż w każdym prawie przypadku był innym. Najczęściéj zajęcie nowych stawów poprzedzało mierne podnie-

sienie ciepłoty. Tym sposobem bardzo często napotyka się remisyje, a nawet intermisyje pół, calo, a nawet półtora, i dwudniowe, tak że obraz chorobowy przedstawia się w licznych napadach z krótkiemi przerwami bezgorączkowemi, lub ze stanem podgorączkowym. Również ciepłota znacznie się podnosiła przed wystąpieniem powikłań, szczególniéj takich, które same przez się zwykły ze znaczną gorączką przebiegać, jak np. zapalenie płuc. Dość często zauważano niestosunek między częstością tętna a ciepłotą: chyżość tętna bywała znacznie większą, niż to ciepłocie odpowiadało. Zdaje się, że powodem tego był ból i ztąd powstałe pobudzenie psychiczne.

Zmiany w moczu zależały od znacznéj utraty wody z ustroju skutkiem obfitych potów i od stopnia gorączki. W przypadkach ostro przebiegających, z mocném nasileniem gorączki, silnemi bólami i wybitnemi zmianami w stawach, ilość moczu bywała skąpą, chorzy oddawali go bardzo rzadko (zapewne dla uniknienia bolesnego dla nich wszelkiego ruchu). Barwa moczu bywała ciemno-żółto-czerwona, lub nawet ciemno-czerwona (w jednym przypadku znaleziono bardzo znaczną ilość urobilinu), mocz był skłonnym do tworzenia osadów z moczanów i czystego kwasu moczowego, oddziaływania mocno kwaśnego. Chlorki zwykle prawidłowe, w nielicznych przypadkach były nieco zmniejszone. Niekiedy, szczególniéj przy znacznem podniesieniu ciepłoty, znajdowano małe ilości białka, nie wywołane jednak żadném cierpieniem nerek. Zapalenia nerek, które Corne i Hartmann (*Das acute u. chronische Gelenkrheumatismus 1874*) jako powikłanie gośćca podają, w żadnym przypadku nie zauważano.

Co się tyczy trwania gośćca, to w naszych przypadkach znajdujemy nader wielką rozmaitość. W jednych, nie zbyt częstych, przypadkach napotykano tylko mierne obrzmienie dwóch lub trzech stawów, a nawet tylko bolesność, które już w ciągu tygodnia przechodziły w rekonwalescencyję. Najczęściéj zdarzały się przypadki z trwaniem trzech do czterechtygodniowém. W tych występowało albo równocześnie zajęcie kilku stawów, lub z ustąpieniem przekrwie-

nia w jednym, zmiany przechodziły do drugiego stawu. Gorączka zwykle dochodziła tu 39,5° i najczęściéj, malejąc z każdym dniem, ustępowała po tygodniu lub dniach dziesięciu. Wcale jednak nie rzadkiemi były przypadki, w których choroba przeciągała się przez tygodnie (5 do 8 i więcéj tygodni). W przypadkach takich zmiany zwykle rozpoczynały się nieznacznie w jednym lub dwóch stawach, następnie cierpienie przenosiło się na inne stawy, nie opuszczając jednak stawów pierwotnie zajętych. Niekiedy choroba zdawała się po kilkunastu dniach ustępować zupełnie, chyżość tętna znacznie malała, ciepłota powracała do prawidła, ilość moczu była większą, apetyt powracał, gdy po paru dniach polepszenia znów nastawało podniesienie ciepłoty, a powracały bolesność i obrzmienie stawów. W tych przypadkach rekonwalescencyja następowała zwolna, chorzy byli zwykle wychudli, anemiczni, częstokroć dawał się słyszeć, późniéj znikający, szmer dmuchający nad koniuszkiem serca, a nie rzadko także i nad żyłami szyjnemi. W bardzo nielicznych wreszcie przypadkach, choroba przybierała cechę przewlekłą.

To co się powiedziało dotyczy przypadków przebiegających bez powikłań. W przypadkach zaś z powikłaniami, przebieg znacznie się przedłużał. Miało to miejsce szczególniéj w razie wystąpienia zapalenia osierdzia. Z innych powikłań zapalenie płuc nader przewlekało czas trwania gośćca. W czasie pojawienia się zapalenie płuc, zajęcie stawów albo zupełnie ustępowało albo znacznie zwalniało, z ukończeniem się komplikacyi jednak, zmiany w stawach występowały zwykle znów z większém natężeniem.

Nie ma może choroby, któraby miała tak wielką skłonność do wikłania się z chorobami narządów wewnętrznych, jak ostry gościec stawowy. Z powikłań tych najczęstszemi i najważniejszemi są zapalenia serca, tak *Pericarditis*, *Endocarditis*, jakoteż jak się zdaje, towarzyszące każdéj z nich w niższym lub wyższym stopniu, *Myocarditis*. Częstość tych powikłań według różnych autorów jest nader różną. Ta niezgodność statystyk i rozmaitość zapatrywań zależy nie mało od trudności rozpoznania. Często dla niejednego lekarza szmer skurczowy lekki, lub niewyraźne tarcie, wystarcza do

rozpoznania zajęcia serca [1]) (a wiadomo, jak często w gośćcu występują dmuchające szmery, nie wywołane zmianami anatomicznemi), podczas gdy kto inny, prócz tych objawów będzie jeszcze wymagał powiększenia wymiarów serca, lub przynajmniéj wzmożenia się objawów przysłuchowych i dłuższego ich trwania. Zapewne nie bez wpływu jest tu także, już dawniéj dostrzegany fakt, że w *Polyarthritis acuta*, niekiedy powikłania z chorobami serca występują szczególniéj często w pewnych czasach i okolicach tak, że trzeba się chyba i w tym razie uciec do wygodnego tłumaczenia i przypuścić jakiś *genius epidemicus* i *endemicus*.

Statystyka przypadków przezemnie zebranych, zgadza się po największéj części z liczbami podanemi przez Wunderlicha, Leberta i Bambergera [2]). Powikłania z zapaleniami serca w 116 moich przypadkach wystąpiły 30 razy, tj. w 25.8%. Szczegółowo przypada z tego na *Endocarditis* 4,3%, na *Pericarditis* 12%, na *Endocarditis* wraz z *Pericarditis* 9,5%. Powikłania te nie dotyczyły w jednakowym stopniu obu płci, lecz o wiele częściéj występowały u nie-

---

[1]) Bouillaud powiada, że w przypadkach gwałtowniejszych, w obec zajęcia większéj liczby stawów, powstawanie *Endocarditis*, rzedziéj *Pericarditis* jest prawie regułą.

[2]) Bouillaud w 74 przypadkach ciężkiéj *Polyarthritis* miał 64 powikłań z zapaleniem serca, między 40 lekkiemi tylko raz. Budd między 43 przypadkami miał 21 przypadków zapaleń serca tj. 48·8%. Fuller w 39 przypadkach 7 razy (17, 9%). Wunderlich podaje częstość powikłań na 23.6%, a mianowicie *Pericarditis* w 6,4%, *Endocarditis* w 2,9% zaś w 14,3% *Endo- i Pericarditis* razem. Bamberger podaje w swéj obszernéj pracy o chorobach serca dla *Pericarditis* niespełna 14%, dla *Endocarditis* najwyżéj 20%. Dickinson w 161 przypadkach znalazł 36 razy (22,4%) powikłania z chorobami serca. Lebert (l. c. S. 977), podaje 25 do 30% na komplikacyje z zapaleniami serca. Mayer opisuje z kliniki Frerichsa 35 przypadków reumatyzmu, a w tych wystąpiła 7 razy *Pericarditis*, 1 raz *Endocarditis*, 4 razy *Endo-Pericarditis*, w ogóle zapalenia serca w 34,3%. Senator miał między 50 przypadkami z prywatnéj praktyki tylko 10,7% powikłań, Ormerod dla saméj *Pericarditis* podaje 37,3%.

wiast. Z 30 przypadków zapaleń serca tylko 12 przypada na mężczyzn, reszta zaś 18 tj. o jednę trzecią część więcéj, przypada na kobiety. Tak *Endocarditis* jak *Pericarditis*, jak i *Endo-Pericarditis* również częściéj się u kobiet wydarzały. I tak: z 5 przypadków *Endocarditis* przypada dwa na mężczyzn, trzy zaś na kobiety; z 14 przypadków *Pericarditis*, przypada pięć na mężczyzn, dziewięć zaś na kobiety; z 11 przypadków *Endo-Pericarditis*, przypada pięć na mężczyzn, sześć zaś na kobiety. Jakiby był powód tego nie równego rozdziału nie mogłem dociec, jak również nie mogłem nigdzie w literaturze wzmianki o tém znaleść.

Również i wiek ma wielki wpływ na powstawanie powikłań z zapaleniami serca. Na rzecz tę już wielu autorów zwracało uwagę. Większa ich część zgadza się na to, że powikłania te najczęściéj powstają w wieku pokwitania [1]. I obserwacyje moich przypadków, nie wiele odstępują od tych spostrzeżeń. Z 30 przypadków przypada 10 na wiek do 20 lat, 9 przypadków dotyczy ludzi w wieku między 20. a 30. rokiem życia, 4 przypadki przypada między 30 a 35 lat, w sześciu zaś przypadkach nie było można stwierdzić, w jakim wieku po raz pierwszy powikłanie powstało.

Nie mogę potwierdzić zdania niektórych lekarzy (między nimi Bouillauda l. c.), że zapalenia serca szczególniéj w tych przypadkach powstają, w których jest zajętą znaczniejsza liczba stawów. I owszem, z naszych przypadków mógłbym wiele podać historyj chorób, gdzie tylko jeden lub dwa stawy bywały zajęte, a mimo to powikłanie występowało. W jednym nawet przypadku chory skarżył się tylko na silny ból w ramieniu, a badanie ramienia, prócz miejscowego podniesienia ciepłoty skóry i lekkiego jéj zaczerwienienia, nic innego nie wykazywało, a mimo to rozwinęło się zapalenie osierdzia.

---

[1]) Podług Senatora przypada w tym wieku prawie $\frac{1}{3}$ wszystkich powikłań z chorobami serca przy *Polyarthritis acuta*. Vernay podaje nawet, że w 22 przypadkach *Endocarditis*, powstałéj przy *Polyarthritis*, 21 przypadków przypada na ludzi między 14. a 20. rokiem życia.

Za to muszę tu potwierdzić zdanie Reevesa (*Schmidt's Jahrb. Bd.* 161, str. 129), że zmiany w sercu najczęściéj występują po zajęciu stawów odnóg górnych (według Reewesa głównie *Pericarditis).* W 30 przypadkach powikłań z zapaleniami serca mojego zestawienia w 8 przypadkach były zajęte wyłącznie tylko stawy odnóg górnych, w 10 przypadkach przeważnie stawy ramieniowe, łokciowe i nadgarstkowe, w 6 przypadkach zmiany chorobowe dotyczyły na równi tak stawów odnóg górnych, jak i dolnych, w 4ch przypadkach były tylko odnogi dolne zajęte, w dwóch zaś przeważnie dolne.

Zapalenie serca nie zawsze występowało na szczycie rozwoju gośćca, lecz czasem już w pierwszych dniach choroby. W siedmiu przypadkach nawet nie było można rozstrzygnąć z wywiadów, czy pierwéj powstał ból w stawach, czy téż bicie serca i kłucie w boku lewym, bo chorzy podawali, że nagle zwykle po dreszczach dostali gorączki, a nieco późniéj bólów w stawie jednym lub drugim, kłucia w boku lewym i bicia serca, a w toku tego dopiero zauważali obrzęk stawu i zaczerwienienie otaczającéj skóry.

Pericarditis w lekkich przypadkach przechodziła zwykle w 14 dniach w okres rekonwalescencyi, częściéj jednakże trwała 5 do 6 tygodni, a w niektórych przypadkach i dłużéj.

W końcu nie mogę pominąć przytoczenia wymownych liczb méj statystyki, na poparcie wyżéj wzmiankowanego twierdzenia, że komplikacyje z chorobami serca występują niekiedy w ostrym gośćcu, jak gdyby pod wpływem jakiegoś *genius epidemicus.* I tak w r. 1876. mieliśmy 17 przypadków gośćca, a między temi 5, powikłanych z chorobami serca. W r. 1877. na 39 chorych wypada 10 przypadków powikłań, a z tych prawie połowa, bo cztery przypadki, na miesiąc kwiecień, chociaż w miesiącu tym było wszystkich chorych tylko pięciu. Jeszcze w jaskrawszém świetle rzecz ta przedstawia się w latach następnych. W r. 1878. było na 29 przypadków *Polyarthritis* tylko pięć z powikłaniem. Za

to w r. 1879. na 24 chorych podległo dziesięciu zapaleniom serca. Dla dokładniejszego uwidocznienia, w jaki sposób w tym roku przypadki, powikłane z chorobami serca, rozkładały się na pojedyńcze miesiące, i w jakim stosunku zostawały do ogólnéj liczby chorych, umieszczam następne zestawienie:

W miesiącu	Ilość chorych na *Polyarthritis*	Ilość komplikacyj ze strony serca	Wypada na 100 komplikacyj
styczniu	3	1	33.30
lutym	6	4	66.60
czerwcu	5	3	60.00
lipcu	2	0	0
sierpniu	5	1	20.00
wrześniu	2	0	0
grudniu	1	1	100.00

Po komplikacyjach z zapaleniami serca najczęściéj występują w gośćcu powikłania z zapaleniem płuc i opłucny. Zapalenia opłucny mają się o wiele częściéj wydarzać niż zapalenia płuc. Lebert podaje co najmniéj 10% na zapalenia opłucny, o wiele mniéj zaś na zapalenia płuc. Zapalenie opłucny dotyczy zwykle lewéj strony i przechodzi najczęściéj następowo z osierdzia.

Statystyka moich przypadków różni się w tym względzie tak co do częstości zapalenia opłucny i płuc, jak i co do stosunku jednego zapalenia do drugiego. W 116 przezemnie zebranych przypadkach, znalazłem tylko raz zapalenie opłucny po stronie lewéj, które przyłączyło się następowo do zapalenia osierdzia. Być może, że ten tak mały procent (0.86%) *Pleuritis* w mojém zestawieniu polega na tém, że zapalenie opłucny rozpoznawano dopiero na podstawie wybitnych zboczeń fizycznych, jakie ze sobą wypocina sprowadza. Innym lekarzom wystarcza tymczasem do rozpoznania kłucie w boku i bolesność w międzyżebrzach. Z resztą każdemu wiadomo, jak trudném jest rozpoznanie niskiego stopnia zapalenia opłucny w ogólności, a szczególniéj u chorych na ostry gościec, dla których każde poruszenie jest tak bolesném, gdy

przytém, perkusyja nie wykazuje żadnych zboczeń, a na usłyszeniu niewyraźnych objawów tarcia nie zawsze na pewne polegać można.

O wiele częściéj, niż zapalenie opłucny spotyka się w naszych przypadkach zapalenie płuc. Wystąpiło ono w trzech przypadkach tj. 2·59 %, raz po stronie prawéj, raz po lewéj, raz po obu stronach. W przebiegu zapalenia płuc niezauważono nic szczególnego lub odróżniającego je od przebiegu zwykłéj *Pneumonia crouposa* [1]). Jeden przypadek zapalenia po stronie lewéj skończył się śmiercią w piątym dniu choroby pośród objawów zapadu.

Dziwnym zbiegiem okoliczności w przebiegu dwóch przypadków zapalenia płuc rozwinęła się róza, raz jako *Erysipelas migrans capitis et colli* (przebieg pomyślny), drugi raz jako *Erysipelas antibrachii sinistri.*

Z kolei rzeczy wspomnieć mi wypada o powikłaniach z cierpieniami skóry. Skóra w gośćcu w czasie trwania gorączki, pokryta jest mniéj lub więcéj potem właściwéj woni kwaśnéj i takiegoż oddziaływania. Skutkiem potów bardzo często występują różne wysypki, zaliczane przez niektórych autorów do powikłań. Do tych należy potówka, polegająca na prostém, pęcherzykowatém podniesieniu przyskórka, daléj bardzo często *Miliaria rubra*, rzedziéj zaś *Miliaria crystalina.* Prócz tych wysypek, zostających w związku z poceniem się skóry, spotyka się w o wiele rzedszych przypadkach wysypki powstające, jak się zdaje, skutkiem tych samych przyczyn, które zmiany w stawach wywołują. Wysypki te mogą powstawać tak na miejscach

---

[1]) Marmonier (*Lyon Mèdical* Nr. 17. *Hirsch-Virch. Jahresb.* 1873. II. S. 314), uważa przebieg zapalenia otrzewny, jakoteż zapalenia płuc występujących jako powikłanie ostrego gośćca, za odrębne i charakterystyczne. Zapalenie płuc w gośćcu ostrym występuje według niego nagle, zajmuje od razu znaczną część płuca jednego lub obu, i nie ma skłonności do szerzenia się na miąższ okoliczny. W czasie zapalenia nasilenie choroby stawów znacznie się zmniejsza.

bliskich stawów, jak i w innych okolicach skóry i przybierają jeszcze najczęściéj cechę *Erythema exsudativum* lub *Herpes* (szczególniéj *labialis*), rzadziéj zaś występują w postaci *Urticaria*, lub jeszcze rzadziéj *Purpura haemorrhagica*. W przypadkach przezemnie zebranych, pomijając częste występowanie *Sudaminae*, *Miliaria rubra*, *crystalina*, napotkałem jedno powikłanie z pokrzywką. Powikłanie to nie przedstawiało w swym przebiegu nic szczególniejszego. W innym przypadku zmiana na skórze wystąpiła w postaci *Erythema exsudativum*.

Przebieg i powstanie téj drugiéj komplikacyi pozwolę sobie pokrótce opisać, a to ze względu na dość ciekawe rozpoczęcie się całéj choroby naprzód zmianami na skórze, a w dalszym dopiero przebiegu wystąpieniem zmian w stawach.

L. G., zecer lat 36 mający, po kąpieli wiślanéj dostał dreszczów, gorączki i palenia w skórze. W dwa dni potém przybył do szpitala. Badanie wykazało: budowa i odżywienie dobre, ciepłota 38·7°, tętno 96. Skóra na przedniéj i zewnętrznéj stronie odnóg dolnych, po zewnętrznéj górnych i na grzbiecie zaczerwieniona, miejscami pozbawiona przyskórka, w kilku miejscach pęcherzyki wypełnione cieczą przeźroczystą. W następnym dniu powstaje obrzmienie i bolesność kolana prawego. W trzecim dniu pobytu w szpitalu przyskórek zaczął się w miejscach zaczerwienionych łuszczyć, *Erythema* blednąć. Powstał obrzęk kolana lewego. W czwartym dniu pobytu w szpitalu, a szóstym choroby, zmiany na skórze ustąpiły prawie zupełnie, za to, prócz wyżéj wymienionych stawów, gościec zajął stawy: barkowy lewy, obydwa skokowe i nadgarstkowy prawy. Dalszy przebieg nie różni się od zwykłego przebiegu gośćca ostrego; żadne powikłanie z zajęciem narządów wewnętrznych nie wystąpiło.

Z innych powikłań znajduje się w 116 moich przypadkach: jeden przypadek *Abscessus periarticularis brachii*, drugi przypadek powiklany z *Periostitis ossium metacarpi dextri*, która rozwinęła się przy zajęciu i obrzmieniu zna-

czném stawu nadgarstkowego, w końcu trzeci przypadek komplikacyi z *Tendo-vaginitis*. Żaden z tych przypadków nie odznaczał się niczém charakterystyczném w swoim przebiegu, dla tego poprzestaję na pobieżném ich wspomnieniu.

W żadnym z 116 przypadków nie zauważano powikłań z chorobami narządów centralnych nerwowych, czy to w postaci *Meningitis spinalis* lub *cerebralis*, czy to w postaci owych, tak często występujących w chorobach zakaźnych objawów chorobliwych układu nerwowego, a dla których nie można wykazać żadnéj anatomicznéj podstawy. Również w żadnym przypadku niezauważono powstawania jakiegokolwiek zboczenia w sferze umysłowéj.

Polyarthritis, pominąwszy powikłania, nie należy wcale do chorób groźnych. Zejścia śmiertelne w ogólności są rzadkie, i o wiele częściéj występują skutkiem powikłań, niż skutkiem samych zmian w stawach, choćby te znacznego dochodziły stopnia. Raymond (J. Vogel *in Virchows Hndb. d. Spec. Pathol. u. Therap.* I, S. 485) w swéj statystyce z obserwacyi 390 chorych ocenia śmiertelność na 3·3%, Haygarth (*A clinical history of acute rheumatism*, 1806) na 7·1% Inni autorowie zgadzają się po największéj części z Raymondem: jak np. Lebert (*Klinik des acuten Gelenkrheumatismus* 1860) podający śmiertelność na 3%, Roth na 3·7%, Senator (Ziemssena *Handb. der Spec. Path. u. Therap.*), w swoich 56 przypadkach na 3·6%, Pye-Smith[1]) w 400 przypadkach na 4·5%.

W moich 116 przypadkach zejście śmiertelne nastąpiło u trzech chorych, tj. w 2·59%. Przyczyną śmierci były powikłania: mianowicie w jednym przypadku *Pericarditis* i następnie *Decubitus*, w drugim *Pneumonia sinistra*, w trzecim

---

[1]) Guys *Hospital-Reports XIX* p. 311. *Virchow-Hirsch Jahresb.* 1874. II W 400 przypadkach znalazł Pye Smith 96 razy *Pericarditis*, 18 razy *Pleuritis*, 7 razy zapalenie płuc. W 18tu przypadkach nastąpiła śmierć, a w tém 3 razy skutkiem *Hyperpyrexii*, 6 razy skutkiem *Pericarditis*, 5 razy skutkiem zapalenia płuc.

Pericarditis- Endocarditis i następowa *Insufficientia valvulae semilunaris aortae*, która szybko po swojém powstaniu położyła kres życiu.

II.

Mało mamy bezwątpienia chorób, przeciw którym nauka nasza miałaby tyle zalecanych środków, ile przeciw ostremu gośćcowi. Niestety jednak, ta ciągle się wzmagająca liczba zachwalanych leków, sama już przez się świadczy wymownie, że ciągle szukamy jakiegoś środka swoistego, ale go dotąd znaleść niemogliśmy.

Nim przejdę do sprawozdania z wyników leczniczych gośćca ostrego w szpitalu św. Łazarza, wypada mi wspomnieć po krótce o różnych środkach, w ostatnim półwieku zachwalanych.

Leczenie gośćca stósowało się w biegu czasów do pojęć, jakie miano o saméj chorobie, i może się poszczycić świetniejszemi wynikami, odkąd opuściło drogę czystéj empiryi i wytknęło sobie cel więcéj racyjonalny.

W czasach, w których za najskuteczniejszy zabieg leczniczy we wszystkich ostrych chorobach zapalnych uważano upuszczenie krwi, nie szczędzono go także i w gośćcu. Metoda ta, w gośćcu naprzód przez Stolla, Sydenhama i innych stósowana, znalazła zagorzałych zwolenników w prof. Bouillaud i jego uczniach (Pelletan, Raciborski etc.). Prócz obfitego upuszczenia krwi raz do dwa razy dziennie w pierwszych dniach choroby, obstawiali oni jeszcze okolice bolesnych stawów bańkami siekanemi, jakotéż stósowali je na okolicę serca, skoro tylko usłyszeli lekki szmer. Lebert powiada, że widział często na klinice Bouillauda chorych na gośćiec, którym po 10 do 12 funtów krwi w ciągu choroby upuszczono, dodając przytém, że „gdyby Bouillaud miał cośkolwiek mniéj bystry słuch, byłby z pewnością biednym reumatykom wiele tysięcy funtów krwi oszczędził“. Środki te, które zapewne nierzadko musiały wywoływać obniżenie ciepłoty, w porównaniu z osłabieniem, jakie za sobą pociągały, i

przedłużeniem stanu ozdrowienia, należy uważać raczéj za szkodliwe aniżeli pomocne.

Również albo mało pomocnemi, albo zupełnie niepomagającemi okazały się pryszczydła (*vesicantia*), na chore stawy przykładane, które tak gorąco zalecał w r. 1851 Dechilly i szkoła paryska. I *Tartarus stibiatus*, lek w swoim czasie tak często stósowany, zachwalano gorliwie w gośćcu. Na szczęście jednak, że wkrótce przekonano się, że środek ten raczéj zwiększał dolegliwości chorych, sprowadzając wymioty, i zmuszając ich do ruchów, niżeli sprawiał ulgę.

Po czasach energicznie stósowanéj antiflogozy, nastąpiły czasy skeptycyzmu leczniczego, które się i w terapii gośćca odbiły. Lebert, który tę metodę sam stósował, przyszedł do przekonania, że pominąwszy przypadki, w których lekarz w obec znacznéj gorączki lub groźnych powikłań nie może z założonemi rękami przypatrywać się przebiegowi choroby, gośćciec przy czysto wyczekującém leczeniu o wiele dłużéj trwał i o wiele częściéj wikłał się z innemi cierpieniami, niż przy jakiemkolwiek czynném leczeniu.

Kalium nitricum i *Natrum nitricum*, już dawniéj używane jako leki pomocnicze (Tissot i inni), polecali bardzo w nowszych czasach Deportes, Martin, Solon, Gendrin, Forget i inni. Środki te Lebert dość zachwala, mają one jednak tę niekorzyść, że trzeba ich w wielkich dawkach używać (przynajmniéj 15 grm. *pro die)*, a te wywołują różne zaburzenia ze strony narządu trawienia.

Chinin w wielkich dawkach, przez Briqueta, a następnie Vineta chwalony, znalazł znaczne zastósowanie. Podają go w dawkach 0,20 do 0,30 co dwie godziny. Chorzy doznają wkrótce zwykłych objawów zatrucia chininem: zajęcia głowy, zawrotu, dzwonienia w uszach itd., przyczém ciepłota ma się obniżać, a skutkiem pewnego rodzaju narkozy i bóle mają się zmniejszać. Lebert, który stósował środek ten dłuższy czas, naprzód w szpitalach paryskich, a potém w swojéj klinice w Zürichu, uważa go za nieskuteczny w większéj części przypadków. Często nie widział po nim żadnego wpływu na gorączkę i ciepłotę, a przytém

nie może go uznać za środek tak niewinny, za jaki go Vinnet uważa.

Co do użycia soku cytrynowego, nie można powiedzieć, by zdanie stanowcze było już wyrzeczoném. Polecali go pierwsi Dalrymple i Rees a następnie Juman. (*Brit. med. Journal 1857. 24. Octob.*). Podają go po 120 grm. na dzień, powiększając dawkę co dzień o 30 grm. aż do 200 grm. na dzień (co dwie godziny łyżkę w pół szklanki wody ocukrzonéj). Lebert uważa ten sposób leczenia za bardzo przyjemny, i chociaż lek ten nie jest swoistym, przecież obniża on ciepłotę i zdaje się w niektórych przypadkach skracać przebieg [1]) choroby.

Colchicum autumnale ma jeszcze teraz licznych, gorliwych zwolenników, ale i niemniejszą liczbę przeciwników. Eisenmann, który leku tego jeden z pierwszych zaczął używać i bardzo go zachwala, podaje go jako *Tinctura Colchici opiata* (*Tinct. sem. Colchic. 12·0 Trae opii simpl. 2·00*. S. 3 do 4 razy dnia 15 do 20 kropli). Skoda, zalecający również ten lek, poleca 1 gran (0,07 grm.) *Colchicum* na 2 do 3 drachm wody, do któréj dla łatwiejszego rozpuszczenia alkaloidu dodaje parę kropli *Spiritus rectif.*, z czego każe brać 2 do 3 razy dnia po 5 kropli z wodą. Lebert i Senator nie ganią tego leku bezwzględnie, lecz uważają go w wielu razach za nieskuteczny, a Senator formułce Eisenmanna o tyle przypisuje skuteczność, o ile się w niéj znajduje tynktura opiowa. Przytém lek ten u drażliwszych osób wywołuje objawy zapalne ze strony narządu trawienia. Lekarze francuzcy, mianowicie Piédaguel i Bouchut, zachwalają weratryn zamiast *colchicum*. prof. Vogt powiada, że środek ten jest nawet w stanie przerwać bieg choroby. Podaje on go w pigułkach po 0·005, i zwiększając dawkę, dochodzi do 0,03 dziennie. Lebert nie chwali tego środka, czyni jednak zastrzeżenie, że z nielicznych swoich doświadczeń, nie może nic pewnego o nim twierdzić.

---

[1]) Gull i Sutton podają przeciętny czas trwania gośćca przy użyciu soku cytrynowego na 6.80 dni, alkaliów 6 75 dni, pryszczydeł *resicantia* 8·4 dni, przy leczeniu czysto wyczekującém 9·1 dni.

Lombard z Genewy i Lebert z Zürichu zalecają *Extractum aconiti* w dawkach od 0,3, zwiększając je aż do 2,00 *pro die*. Tak weratryn, jak i akonityn nie znalazły dotąd uznania, doświadczeń robiono z niemi dotąd bardzo mało. Senator nie uważa ich za lepsze od *Colchicum*, a nawet przypisuje im jeszcze więcéj niemiłe uboczne działanie na przewód pokarmowy.

Opium, którego użycie wyszło z Francyi (Bonnet, Requin, Grisolle, w Anglii Corigan) nie działa lepiéj od innych narkotyków. Cała jego zasługa, że zmniejsza bóle, a przez to łagodzi rozdrażnienie chorego i wpływa uspakajająco na przyspieszoną czynność serca. Dla tego należałoby go właściwie zaliczyć do leków symptomatycznych w téj chorobie.

Inne środki używane w gośćcu, jak różne przetwory rtęci, guajak, i wiele innych, nie okazały się bynajmniéj skutecznemi, dla tego téż w krótce ich zaniechano. Również i rozmaite preparata jodu, także w téj chorobie próbowane, nie cieszą się uznaniem. O *Kalium jodatum* wspomnę późniéj.

Faktem najwybitniéj wskazującym, jak nisko jeszcze stoi terapija gośćca, i jak wielkie w niéj panuje zamięszanie, jest z jednéj strony gorące zachwalanie i teoretyczne tłómaczenie działania kwasów, jak kwasu cytrynowego, kwasów mineralnych (Lucas *Lancet 1873, 28 Febr. Jahresbericht Virchow-Hirsch 1874 II)*, wody królewskiéj (Wilks, *Lancet 1873. 25 Febr. Virchow-Hirsch Jahresbericht 1874. II.* zaleca po 15 kropli wody królewskiéj, co 4 godziny we wodzie), a z drugiéj znów strony również gorliwe polecanie alkaliów, jak *Natrum bicarbonicum*, *aceticum*, *tartaricum*, *citricum*, daléj soli litowych, amonowych, potasowych, i usiłowanie, by dla działania tych ciał wyszukać teoretyczną podstawę.

O wartości leczniczéj alkaliów w ogólności, a *Natrum aceticum* i *Amonium causticum* w szczególności, będzie mowa pożniéj.

Tu wypada także wspomnieć o Trimetylaminie i isomerycznym mu propylaminie, oba te ciała bowiem zachowują się chemicznie jak silne zasady, jakkolwiek w dzia-

łaniu fizyjologicznêm w wielu względach zachodzi między niemi różnica. Pierwszy użył środka tego przeciw *Polyarthritis* Avenarius (*Medicinische Zeitung Russland's* 1853 Nr. 6, przepisując 24 kropli w 6 uncyjach wody i 2 drachmach *Elaeosacchar. Menthae piper.*, i podając z tego co dwie godziny dwie łyżki), podnosząc bardzo jego znakomite działanie. Również Bursy z Mitawy (*Med. Ztg. Russlands* 1859. Nr. 29), znalazł lek ten bardzo skutecznym. Lebert zaś nie widział po nim żadnych skutków. I stósowanie tego leku należałoby już zapewne do historyi, gdyby znów w ostatnim lat dziesiątku nie zwrócił nań uwagi Coze (Fargier-Lagrange. *Essais thérapeutique sur le trimethylamine. Strassburg 1871*), a późniéj Dujardin-Beaumetz (*Union medical 1873. Nr. 6, 7, Gaz. hebdom. 1873. Nr. 13* i nast). Ten ostatni przypisuje trimetylaminowi nie tylko wpływ łagodzący bóle, ale i gorączkę, a przy têm ma on zmniejszać wydzielanie mocznika i skracać cały przebieg choroby. Dotychczasowe badania wprawdzie jeszcze nie rozstrzygnęły zupełnie sporu, co do skuteczności tego leku, ubywa mu jednak coraz więcéj zwolenników.

Okłady zimne, (Stromeyer-Esmarch *Verhandl. der Berlin. med. Geselschaft. Sitzung vom 29 März 1871)* jak również z innéj znów strony gorąco zalecane, okłady ciepłe, daléj różne opatrunki ustalające (Varlez *Archives gén. XIV. 1827.* Forget *Bullet. gén. de Thérap. 1848.* Heubner *Archiv der Heilk. 1871, XII 341.* Oehme *Arch. der Heilkunde. Hft. 5, 1872*), na chore członki, podobnież wcierania szaruchy w chore stawy, uważać należy, na podstawie dotychczasowych doświadczeń, za środki w leczeniu symptomatycznêm często bardzo skuteczne. Niektórzy jednak chcą w nich także widzieć działanie, wywierające wpływ bezpośredni na przebieg gośćca i na częstość powikłań ze strony serca.

Do środków symptomatycznych zaliczyłbym także używane i bardzo zachwalane jakiś czas męsienie *(Massage)*.

Z wielu innych środków, raczéj symptomatycznych niż swoistych, wspomnę tutaj tylko o wstrzykiwaniach podskórnych morfinu, bez których żaden chory, cięższym reumatyzmem dotknięty, nie obejdzie się; o chlorku elailu *(liquor hollandicus*), zalecanym przez Wunderlicha do na-

cierania chorych stawów; i o podobnież przez Niemeyera zachwalanym i do nacierania używanym, eterze etylowym. W ostatnich czasach bardzo chwalił Kuntze (*Deutsche Zeitschrift für prakt. Medicin* 1874, Nr. 11), wstrzykiwania podskórne kwasu karbolowego w okolice zajętego stawu. Środek ten, jako prędko kojący ból, zaleca także Senator [1]).

Nad lekami teraz najpowszechniéj używanemi przeciw gośćcowi, o których nie wyrzeczono jeszcze dotąd ostatecznego wyroku tj. o kwasie salicylowym i będźwinianie sodowym, zastanowię się późniéj omawiając wyniki, jakie za pomocą tych środków otrzymano w szpitalu św. Łazarza.

Z tego krótkiego zestawienia środków, które największe uzyskały wzięcie w leczeniu gośćca, widzimy, że nadaremnie kuszono się dotąd o wynalezienie jakiegoś leku swoistego, któryby przerywał zwykły bieg choroby, tudzież, że niektórym z nich wprost nawet należy odmówić wszelkiego wpływu na najważniejsze objawy chorobowe: na cierpienie stawów i powikłanie z chorobami serca.

Zastanowię się teraz nad wynikami leczenia, jakie otrzymano w szpitalu św. Łazarza w oddziale Doc. Dra Pareńskiego.

W ciągu czterolecia, tj. od r. 1876 do 1880, do którego moja praca się odnosi, używano przeciw gośćcowi *Natrum aceticum*, *Kalium jodatum* wewnętrznie, *Acidum salicylicum*, *Ammonium causticum*, w paru przypadkach *Natrum benzoicum*, a w końcu wstrzykiwano podskórnie *Kalium jodatum*. Prócz tego w nielicznych przypadkach stósowano kąpiele suche, mięsienie i opaski ustalające.

Wyniki leczenia temi środkami omówimy wedle porządku i czasu, w jakim ich używano.

Z alkaliów stósowano: *Natrum aceticum* i *Ammonium causticum*.

Jak wiadomo alkalia zawdzięczają swe użycie w *Polyarthritis* poglądom teoretycznym, wedle których ostateczną

---

[1]) *Berlin. klin. Wochenschrift* 1873. Nr. 33. Używa pełną strzykawkę Pravaza jednoprocentowego rozczynu wodnego *Acidi carbolic. chemic. puri.*

przyczyną *Polyarthritis*, ma być zmiana w składzie chemicznym krwi; krew ma zawierać więcéj kwaśnych składników, a w szczególności kwasu mlekowego. Richardson (*The cause of the coagulation of the blood. London* 1858, p. 371) i Rauch (*Ueber den Einfluss der Milchsäure auf das Endocardium. Dissert. Dorpat.* 1860) starali się doświadczeniami na zwierzętach udowodnić, że kwas mlekowy wstrzyknięty do krwi wywołuje zapalenie błon surowiczych. Doświadczenia te jednak i cała teoryja została zdyskredytowaną, jużto przez innych experymentatorów [1]), którym nie udało się potwierdzić doświadczeń Richardsona i Raucha, jużtéż przez chemików, którzy nie zdołali we krwi, ani pocie chorych na ostry gościec, wykryć kwasu mlekowego (Lehmann's *Lehrbuch der physiologischen Chemie II.* s. 335).

W ostatnich czasach jednak nowe spostrzeżenia i badania wykazały, że teoryja chemiczna nie jest pozbawioną podstawy. Favre wykazał w pocie reumatyków, J. Ranke [2])

---

[1]) Möller *Symbolae ad theoriam rheumatismi criticae et experimentales.* Rozprawa habilitacyjna 1860. *Königsberger med. Jahrbücher.* 1860. T. II. S. 277. Reyer. *Zur Frage der Erzeugung der Endocarditis* itd. w *Virchow's Archiv.* XXI. 1861. S. 85.

[2]) J. Ranke (*Grundzüge der Physiologie* 1876) wykazał, że przy pracy mięśni wéj powstają w tkance mięśnia, sole kwaśne i kwasy, a w szczególności fosforan potasowy kwaśny i kwas mlekowy ($C_3 H_6 O_3$). Nagromadzenie tych istót sprowadza znużenie mięśnia. W prawidłowym jednak stanie ustroju, ciała te ulegają rozkładowi, a produkta rozkładu zostają z ciała wydalone. Kwas mlekowy, o który nam tu głównie chodzi, rozpada się na kwas mrówkowy (CHO_2) i octowy ($C_2 H_4 O_2$), według wzoru $C_3 H_6 O_3 + O = C_2 H_4 O_2 + CHO_2$. Kwasy te daléj utlenione, dają jako ostateczne produkta kwas węglowy i wodę, które zostają z ustroju wydalone. Skoro jednak, z przyczyn dotąd dla nas niejasnych, nastąpią, jak się zdaje, zmiany w ośrodkach nerwowych, regulujących przemianę pierwiastków w organizmie (Beneke, *Berlin. klin. Wochenschr.* 1876, N. 12), wówczas, i przemiana ta ulega zboczeniu, kwas mlekowy niezostaje rozłożonym, i sprowadza objawy, znane pod nazwą gościca. Ztąd owo kwaśne oddziaływanie potu u reumatyków, przechodzące po podaniu chorym takim alkaliów w obojętne lub alkaliczne (Beneke, *Pathologie des Stoffwechsels.* 1874, S. 279). Henry znalazł w moczu reumatyków produkt rozkładowy

w moczu i pocie ludzi, którzy dużo fizycznie pracowali, kwas mlekowy. Senator udowodnił, że nie można uważać ani prac Richardsona, ani jego przeciwników, za rozstrzygające w téj mierze, bo doświadczenia robiono na psach, królikach i kotach, a wiadomo, że zwierzęta te już z saméj natury wcale nie są skłonne do zapaleń stawów, i że te wydarzają się tylko u młodych zwierząt, i to nader rzadko, tém bardziéj więc dziwnémby być musiało, gdyby się takie zmiany zastrzyknięciem kwasu mlekowego wywołać dały. Foster (*The synthesis of acute rheumatisme. Brit. med. Journal 1871, 21 December)*, podając znaczne dawki kwasu mlekowego wywołał u dwóch chorych na moczówkę cukrową [1]) zmiany w stawach zupełnie odpowiednie do zmian w ostrym gośćcu. Toż samo zauważył Külz (*Beiträge zur Pathologie und Therapie des Diabetes II,* 1875, str. 166) w jednym przypadku moczówki. Spostrzeżenia te więc poparły zachwianą teoryję, która teraz wielu liczy zwolenników.

Lekarze angielscy pierwsi, o ile mi wiadomo, opierając

---

kwasu mlekowego, kwas octowy (Neubauer. *Analyse des Harns.* 1872). Jakkolwiek to jedno tylko spostrzeżenie dodatnie dotyczące gośćca jest mi wiadomém, to przecież zważywszy, jak trudno jest wykazać kwas mlekowy w moczu świeżym, daléj że Munck i Moers znaleźli w dwóch przypadkach osteomalacyi kwas mlekowy, (*Deut. Archiv f. klin. Medizin* Bd. V, S. 485), daléj, że Schultzen wykazał go w moczu zatrutych fosforem, jakotéż chorych na *Atrophia lutea hepatis (Zeitschrift für Chemie von Hübner* 1867, S. 138. Külz *Deutsch. Archiv f. klinische Mediz.* Bd. XII, S. 248), wreszcie, że Parkes (Neubauer. *Analyse des Herns* 1872. S. 94), wykrył w moczu niektorych chorych kwas masłowy, który należy również uważać za produkt rozkładowy kwasu mlekowego, fakt ten nabiera większéj doniosłości.

[1]) Spostrzeżenia te nic nie tracą na znaczeniu przez to, że inne osoby zdrowe lub chore, mogą spożyć bez wywołania objawów gośćcowych nawet większe ilości kwasu mlekowego, jeżeli właśnie nie miały usposobienia do *Polyarthritis.* Usposobienie to indywidualne, może już polegać na właściwéj wrodzonéj skłonności ustroju (dziedziczność gośćca), lub téż, powstać skutkiem chorób i zmian, wywołujących mniejszą odporność ustroju, lub wreszcie może być zrządzone zbyt nużącą pracą mięśniową, jak tego mamy nader liczne przykłady. (Beneke, *Berlin. klinisch. Wochenschrift* 1876, N. 12).

się, na powyżéj przytoczonych wywodach teoretycznych, zaczęli w gośćcu ostrym podawać alkalia i zachwalać ich działanie. Używali oni już to *Natrum bicarbonicum*, już téż *Natrum aceticum*, *citricum* itd., już téż soli potasowych, magnowych (*Schönlein*), litowych i amonowych.

Naszym chorym podawano w dwudziestu przypadkach *Natrum aceticum*. Przepisywano go w następującéj formie:

Rp. *Natri acetici 20.00*
Mixtur. gummosae 200.00
S. Co 2 godziny 2 łyżki.

Chorzy znosili ten lek dość dobrze, zwykle w drugim, lub trzecim dniu mocz oddziaływał obojętnie lub alkalicznie. Wtedy przerywano dalsze podawanie *Natrum aceticum*, póki mocz znów nie zaczął oddziaływać kwaśno, co zazwyczaj następowało po jednodniowéj przerwie. Nie zbyt często chorzy po dłuższém używaniu *Natrum aceticum* dostawali biegunki, niekiedy z boleściami, co jednak było tylko chwilowém zaburzeniem i prędko mijało, nieprzynosząc żadnéj szkody ustrojowi. Co się tyczy wyników leczenia, to te nie były tak świetne, jak je opisywali niektórzy autorowie.

Za podstawę w osądzeniu mniejszéj lub większéj skuteczności jakiegoś leku, przyjąłem następujące dane. Naprzód zastanawiałem się, czy po podaniu leku następowała w ciągu 3 do 5 dni ulga w bólach, daléj czy obrzmienie się zmniejszało, lub też czy przeciwnie, mimo podawania leku, zmiany chorobowe występowały w nowych stawach, nieopuszczając naprzód zajętych. W pierwszym razie zaliczałem działanie próbowanego środka do rubryki pod napisem „z dobrym skutkiem,“ w przeciwnym zaś przypadku umieszczałem wynik pod rubryką „bez skutku.“ Następnie uważałem, czy podawany lek wywierał jaki wpływ na gorączkę, o czém wnioskowałem z obniżenia podniesionéj ciepłoty w dwóch następnych dniach po zażyciu odpowiedniéj dawki przez chorego, biorąc naturalnie w rachubę czas trwania choroby. Po trzecie, zwracałem uwagę, jaki wpływ podawany środek wywiera na częstość powikłań z chorobami serca, co następnie procentowo obliczałem. Wreszcie, obli-

czałem przeciętnie czas trwania choroby: 1) od jéj początku, 2) od czasu przybycia do szpitala i rozpoczęcia leczenia.

Natrum aceticum podawano w dwudziestu przypadkach. W tych, postępując drogą powyżéj wzmiankowaną, otrzymałem następujące wyniki. W 21.8% przypadków stwierdzono skuteczność *Natrum aceticum*, w 78.2% zaś używano go bez skutku. Powikłania z chorobami serca wystąpiły w 15.4%. Czas trwania choroby od dnia rozpoczęcia leczenia do dnia opuszczenia szpitala wynosił, przeciętnie biorąc, 19.9 dni, czas zaś trwania od początku choroby, przeciętnie biorąc, 81.3 dni. Na ciepłotę *Natrum aceticum* nie miało żadnego wpływu.

Z tego widzimy, że jakkolwiek nie można odmówić octanowi sodowemu pewnego korzystnego wpływu na przebieg choroby, to przecież wpływ ten jest bardzo nieznaczny i w porównaniu z innemi lekami bardzo mało na uwzględnienie zasługuje.

Drugim lekiem, próbowanym w szpitalu św. Łazarza, a należącym do grupy alkaliów, jest *Ammonium causticum*. O ile mi wiadomo, pierwszą wiadomość o nim podał Dr. Heller (*Wiener medicin. Presse* Nr. 46 z r. 1875, tudzież Nr. 6 z r. 1877) w Wiedniu wielce zachwalając jego skuteczność w gośćcu. Drugą wzmiankę znajdujemy w Przeglądzie Lekarskim (Przegląd Lekarski z r. 1879, Nr. 8) podaną przez Dra Wasylewskiego, z oddziału Doc. Dra Pareńskiego. Również i Dr. Wasylewski zachwala bardzo skuteczność *Ammonium causticum*, i porównywając wyniki swoje z użycia wzmiankowanego leku, z rezultatami jakie otrzymał Reisz w Kopenhadze, przy podawaniu kwasu salicylowego, przychodzi do przekonania, że kwas salicylowy jedynie; co do korzystnego wpływu na czas trwania gorączki przewyższa amonijak, pod innemi zaś względami stoi z nim na równi, lub nawet mu ustępuje.

Ammonium causticum, którego niektórzy lekarze li tylko dla wstrętnego smaku nie używają, podawano w szpitalu naszym po sześć kropli dziennie, przepisując go:

Rp. *Mucilag: gummi arab.*
Syrupi cortic. aurant. āā 20.00
Amon. pur. liquid. recent. gtts. sex.
DS. Co 2 godziny po 1 łyżce.

albo téż:

Rp. *Aquae foeniculi 70.00*
Syrupi simpl. 10.00
Liquor. amon. caust. recentis gtts. sex.
DS. Co 2 godziny łyżkę.

Szczególniéj w ostatniéj formie chorzy chętnie używali rozczyn amonijaku, i nie uważali by smak miał wstrętniejszy od innych leków. Odnosi się to nie tylko do chorych szpitalnych, którzy nie odznaczają się wybrednością smaku, ale i do chorych więcéj grymaśnych z praktyki prywatnéj.

Liquor ammonii caustici, nawet dłuższy czas używany, nie wywiera żadnych szkodliwych, ubocznych działań na ustrój, jak to widzimy często przy podawaniu innych leków np. *Natrum aceticum*, *Kalium carbonicum* itp. a niekiedy także przy *Acidum salicylicum*.

Co do wpływu na przebieg choroby, to otrzymano następujące wyniki. Dobry skutek dostrzeżono w 38.0%, bez skutku zaś podawano amonijak w 62.0% przypadków. Powikłania z chorobami serca wystąpiły w 11.9%. Czas trwania, licząc od dnia rozpoczęcia leczenia po dzień wyjścia ze szpitala wynosił przeciętnie 15.9 dni, czas trwania zaś choroby od jéj początku przeciętnie 49.5 dni. Na ciepłotę i tętno nie wywiera amonijak żadnego wpływu.

Nie możemy więc odmówić amonijakowi korzystnego działania, bo jak to z powyższego zestawienia widzimy, skraca on czas trwania choroby, zmniejsza częstość powikłań z chorobami serca, a przy tém prawie w połowie przypadków wywiera korzystny wpływ na zmiany w samych stawach. Powrócimy do tego przedmiotu jeszcze, gdy będziemy porównywać między sobą wartość leczniczą wszystkich środków stósowanych w szpitalu.

W przypadkach, z przebiegiem więcéj przewlekłym, podawano chorym *Kalium jodatum*, zazwyczaj w rozczynie dwu do trzech procentowym (*Kalii joduti 8.00*, *Aq. dest. 400.00*) 2 do 4 łyżek stołowych dziennie. W kilku przypadkach spostrzegano pierwsze objawy zatrucia, jak nieżyt błon śluzowych gardła i nosa, spojówek etc., lub téż *Acne jodata*. Lek ten podawano w 15 przypadkach a wyniki były nastę-

pujące: w 33.3% przypadków dostrzeżono polepszenie (dobry skutek), w 66.7% nie widziano po nim skutku; w 8.3% wystąpiły powikłania. Czas trwania choroby: 1) od czasu rozpoczęcia leczenia wynosił przeciętnie 25.3 dni, 2) od początku choroby przeciętnie 72.7 dni.

A więc i jodkowi potasu trzeba przyznać pewną skuteczność, chociaż nie jest ona zbyt wybitną. Zresztą mała stosunkowo liczba (15) przypadków leczonych tym środkiem nie dozwala mi wypowiedzieć o nim ostatecznego zdania.

W przypadkach z przebiegiem więcéj chronicznym, uporczywym, stósowano prócz *Kalium jodatum* lub *Ammonium causticum* (rzadko *Acidum salicylicum*) także kąpiele suche, miesienie (w czterech przypadkach), opatrunki ustalające, okłady zimne lub ciepłe, a przy tém pędzelkowano chore stawy tynkturę jodową. Z środków tych pomocniczych najlepsze skutki otrzymano z kąpieli suchych, które przynajmniéj chwilową sprawiały chorym ulgę.

Lekiem górującym jeszcze teraz po nad wszystkiemi innemi w gośćcu używanemi, jest kwas salicylowy. Pierwszy zwrócił uwagę na działanie tego środka Buss, Stricker zaś, opierając się na doświadczeniach, zrobionych na klinice Traubego, w 14 przypadkach *Polyarthritis*, ogłosił go jako niezawodny, usuwający chorobę w ciągu kilku dni (*Berlin. klin. Wochenschrift* 1876 Nr. 1 i 2). Spostrzeżenia Strickera zwróciły uwagę wszystkich lekarzy, a liczne doświadczenia wkrótce sprawiły rozczarowanie, wykazały bowiem, że spostrzeżenia Strickera były robione ze zbyt wielką skwapliwością, a ztąd wyniki ich są przesadzone. Pierwszy z takiém zdaniem wystąpił Ries[1]). Oparty na doświadczeniach dokonanych w 30 przypadkach gośćca, uważa wprawdzie *Acidum salicylicum* za dobry środek prze-

---

[1]) *Berlin. klin. Wochenschrift* 1876. Nr. 8. Ries w 30 przypadkach używał kwasu salicylowego, równocześnie w 9 przypadkach zachowywał się obojętnie. Z tych ostatnich choroba minęła w 1 przypadku w ciągu 6 dni, w 1 w ciągu 7 dni, w 2 w 9 dniach etc. Z leczonych zaś kwasem salicylowym: w jednym przypadku trwała choroba 7 dni, w jednym 8 dni, w jednym 10 dni, w dwóch 13 dni etc.

ciwgorączkowy, i może za środek skracający czasem przebieg choroby, nie przerywający go jednak, jak to Stricker głosił. Podobne zapatrywanie wypowiedzieli wkrótce i inni lekarze, którzy z tym lekiem doświadczenia czynili [1]). Obecnie większość lekarzy uważa kwas salicylowy za jeden z najlepszych środków, któremi się szczyci nasza terapija przeciwgośćcowa, niepoczytując go atoli wcale za niezawodny, przerywający zwykły przebieg choroby i zapobiegający powikłaniom z chorobami serca. W mniejszości zaś znajdują się ci, którzy albo bezwzględnie odmawiają kwasowi salicylowemu wszelkiéj skuteczności, lub téż ci, którzy popadają w drugą ostateczność i uważają go za *non plus ultra* terapii gośćcowéj.

W przypadkach, których moja praca dotyczy, stósowano u 25 chorych kwas salicylowy. Podawano go od 2 do 6 gramów na dzień, przy czém dostrzeżono u niektórych chorych objawy zadrażnienia narządu pokarmowego (częściéj rozwolnienia, niż nudności i wymioty), a dość często odurzenie, dzwonienie w uszach, ból głowy, w ogóle objawy podobne, jak po podaniu większych dawek chininu. Dziewięć procent ogólnéj liczby chorych nie znosiło zupełnie kwasu salicylowego, tak, że po jednym lub dwu dniach musiano zastąpić lek ten innym. Z dobrym skutkiem podawano go w 68.2% przypadków. Powikłania z zapaleniami serca wystąpiły w 13.6%. Czas trwania choroby od dnia przybycia do szpitala wynosił przeciętnie 10.9 dni, od początku choroby zaś 61.85. Kwas salicylowy obniżał prawie stale ciepłotę. Zwykle już w drugim dniu, po podaniu go, ciepłota opadała. Czas trwania gorączki był w ogóle krótszym, niż przy innym sposobie leczenia. Tylko w 11% przypadków nie dostrzeżono wpływu na ciepłotę.

---

[1]) Między innemi Skerit (*Brit. med. Journ.* 1876. 28. *Virchow Hirsch Jahresb.* 1877. II. S. 272), podaje, że 25 przypadków gośćca obojętnie leczonych trwało: 1) począwszy od dnia kuracyi przeciętnie 9·1 dnia. 2) od początku choroby 17 dni. Alkalija skracają przebieg choroby do 6—7 dni, licząc od początku leczenia, do 14 dni, zaś licząc od początku choroby. Salicyn okazał się w 19.4% (w 43 przypadkach) bezskutecznym. *Acidum salicylicum* (27 przypadków) w 20% bez skutku, ciepłota normalna powracała przeciętnie po 4·1 dniach.

Z powyższego widzimy, że w każdym razie kwas salicylowy należy do dzielnych leków przeciwgośćcowych, że chociaż nie przerywa zwykłego biegu *Polyarthritis*, przecież obniżając ciepłotę i skracając prawie zawsze czas trwania gorączki, daléj działając bardzo często skutecznie na samo cierpienie stawów, wreszcie skracając znacznie trwanie saméj choroby, zmniejsza jéj niebezpieczeństwo.

W dwunastu przypadkach używano *Kalium jodatum* podskórnie. Z literatury nie wiadomo mi, kto pierwszy podał ten sposób leczenia. W naszym szpitalu nad środkiem tym rozpoczął doświadczenia w roku zeszłym Dr. Wasylewski, ale dla braku odpowiednich chorych musiał je przerwać. W bieżącym roku robiłem dalsze doświadczenia, zastrzykując zwykle całą strzykawkę Pravaza rozczynu dwuprocentowego jodku potasu w okolicę stawu najwięcéj bolesnego i obrzmiałego. Zazwyczaj po jednorazowém zastrzyknięciu obrzmienie znacznie się zmniejszało, a bóle malały. W następnym dniu zastrzykiwałem znów w okolicę innego stawu.

Wyniki jakie dotąd otrzymałem, stosując lek ten u 12 chorych, były nadspodziewanie świetne. Podaję je w ten sam sposób, jak to czyniłem z innemi lekami. Dobry skutek spostrzegłem w 71.3%, bez skutku zaś lek ten pozostał w 28.7%. Powikłanie z chorobami serca nie wystąpiło w żadnym przypadku. Czas trwania choroby od dnia przybycia do szpitala wynosił przeciętnie dni 10; od początku choroby dni 47. Żadnych wpływów nie miłych i ubocznych na ustrój nie dostrzegłem, w jednym tylko więcéj uporczywym przypadku wystąpiło *Acne jodata* miernego stopnia. Jedyną stroną ujemną leku tego jest dość znaczna bolesność w miejscu zastrzyknięcia, która jednak szybko mija.

Przytaczam jednę z historyj chorób:

M. D. wyrobnica, l. 24 mająca, przybyła do szpitala 14 czerwca 1880 r. wieczór. W chwili przybycia do szpitala stan obecny był następujący:

Chora przed sześciu laty przebyła także gościec, w czasie którego miała mieć silne bicie serca i kłucie w boku lewym. Obecna choroba rozpoczęła się przed pięciu dniami

dreszczem, gorączką i bólami w stawach kolanowych. Budowa i odżywienie dosyć dobre, ciepłota podniesiona, język wilgotny, obłożony, w płucach zmian nie ma. Pierwszy ton nad prawą i lewą komórką, jakotéż i w okolicy całego serca ze szmerem trącym; tętno 96. Wymiary serca prawidłowe. Oba stawy kolanowe obrzmiałe, bolesne, bolesność w stawie łokciowym prawym. Kłucie w boku lewym, bicie serca. Podano kwasek.

Rozpoznanie: *Polyarthritis acuta cum pericarditide complicata.*

15/VI. Ciepłota wieczorna 39,5, ranna 39,4, tętno 108. W stawie kolanowym prawym ból i obrzęk większy. Świeży ból i obrzęk wystąpił w stawie nadgarstkowym prawym i w stawach śródręcza po stronie lewéj. Szmery trące nad sercem dzisiaj wybitniejsze. Zastrzyknięto podskórnie w okolicę stawu nadgarstkowego prawego pełną strzykawkę Pravaza dwuprocentowego roztworu *Kalii jodati.*

16/VI. Ciepłota wieczorna 39,5; ranna 38,5; tętno 96. Bóle w dawniéj zajętych stawach nieco mniejsze.

17/VI. Ciepłota wieczorna 38,5; ranna 38,7; tętno 96. Ból nowy w obu stawach łokciowych. Obfite poty. Zastrzyknięto jodek potasu w okolicę stawu łokciowego lewego.

18/VI. Ciepłota wieczorna 38,4; ranna 37,7; tętno 72. Bolesność i obrzmienie w stawach znacznie mniejsze. Szmery trące nad sercem utrzymują się. Zastrzyknięto *Kalium jodatum* w okolicę kolana lewego.

19/VI. Ciepłota wieczorna 38,0; ranna 36,5; tętno 72. Ból tylko w stawie nadgarstkowym prawym, obrzmienia nie ma. Zastrzyknięto *Kalium jodatum* w okolicę stawu nadgarstkowego prawego.

20/VI. Ciepłota prawidłowa, bóle ustąpiły. Zaprzestano podawać *Kalium jodatum.*

23/VI. Stan dobry. Tarcie osierdziowe bardzo słabe.

Nie jest to przypadek umyślnie wybrany, owszem w dwunastu innych, w których stósowano *Kalium jodatum* podskórnie, znalazłoby się dość takich, w których skutek był znacznie wybitniejszym. Wybrałem umyślnie przypadek stojący w pośrodku, uważając go za najstósowniejszy do ogło-

szenia, by postępując inaczéj nie przedstawić stanu rzeczy może w zbyt różowém świetle.

Z powyższéj historyi choroby widzimy, że chora przybyła do szpitala w piątym dniu ostrego gośćca, że w dniu szóstym, kiedy chora silnie gorączkowała, gdy choroba wcale nie okazywała jeszcze skłonności do ustąpienia, lecz owszem, z nowém nasileniem zajęła stawy nadgarstkowe i śródręcza zastrzyknięto jodek potasu. Po zastrzyknięciu chora w dniu następnym czuła się lepiéj, skoro jednak nie zastrzyknięto w dniu tym lekarstwa, na nowo wystąpiły bóle i zajęły stawy łokciowe, przy czém ciepłota nie okazywała rannéj remisyi, lecz podniosła się o dwie dziesiętne. Po drugiém zastrzyknięciu obrzmienie i bóle znacznie się zmniejszyły, a ciepłota ranna była prawie prawidłowa. Po następnych zastrzyknięciach, zmiany chorobowe szybko ustępują, tak że w piątym dniu leczenia uważano za stósowne zaniechać podawania *Kalium jodatum*. W siódmym dniu po przybyciu do szpitąla, chora czuła się zupełnie dobrze, uskarżała się tylko na osłabienie. W całości więc w przypadku tym choroba trwała 10 dni, a licząc od czasu rozpoczęcia wstrzykiwań pięć dni. Lek zastrzykiwano wszystkiego cztery razy. Ponieważ strzykawka używana ma objętości 1.50 grama, przeto zastrzykiwano na jeden raz po 0,03 jodku potasu, czyli chora spotrzebowała w czasie swéj choroby 0.12 grama *Kalii jodati*, co w porównaniu ze znacznemi ilościami, jakie się na wewnątrz w reumatyzmie podaje, jest uderzająco małą ilością.

Żałuję, że nie mogę podać wyników z doświadczeń na większéj liczbie chorych robionych, brak bowiem odpowiedniego materyjału na teraz nie zezwolił mi tego uczynić. Dla tego wstrzymuję się jeszcze z wyrzeczeniem ostatecznego zdania o leczeniu wstrzykiwaniami jodku potasu, póki nie zgromadzę znaczniejszéj liczby doświadczeń.

Do leków, które jeszcze nie przeszły przez pręgierz krytyki i doświadczeń, należy *Acidum* i *Natrum benzoicum*. Kwas będźwinowy, o ile mi wiadomo, pierwszy polecał Senator (*Allgem. Wiener med. Ztg.* 1876. Nr. 39).

W szpitalu św. Łazarza stósowano dotąd tak kwas będźwinowy jak i będźwinian sodowy, w czterech przypadkach. Liczba ta doświadczeń jest zbyt małą, by opierając się na niéj, wyrokować o skuteczności jakiegoś leku. W czterech tych przypadkach lek ten zawiódł nadzieje w nim pokładane.

W końcu niniejszego sprawozdania z doświadczeń leczniczych nad gośćcem, podaję zestawienie wyników, jakie otrzymano co do każdego środka, a to w celu łatwiejszego poglądu na ich skuteczność, jakoteż łatwiejszego porównania ich między sobą pod względem działania.

	Natrum aceticum	*Ammonium causticum*	*Kalium jodatum* wewnętrz	*Acidum salicylicum*	*Kalium jodatum* inject. subc.
Z dobrym skutkiem procent	21.8	38.0	33.3	31.8	71.3
Bez skutku procent	78.2	62.0	66.7	68.2	28.7
Powikłania procent	15.4	11.9	8.3	13.6	0
Czas trwania choroby od dn. przybycia do szpitala i początku leczenia dni	19.9	15.9	25.3	10.9	10.0
Czas trwania od początku choroby dni	81.3	49.5	72.7	61.85	47.0

Przypatrzywszy się powyższemu zestawieniu widzimy, że najpomyślniejsze pod każdym względem wyniki otrzymaliśmy z wstrzykiwań podskórnych jodku potasu. Na drugiém miejscu stoi *Ammonium causticum*, a to tak ze względu na najskuteczniejszy wpływ na cierpienie stawów, jakotéż na krótkość trwania choroby. Przy tém i procent powikłań jest mniejszy niż przy innych sposobach leczenia. Prawie na równi z amonijakiem stoi kwas salicylowy. Amonijak wprawdzie przewyższa *Acidum salicylicum* korzystniejszym wpływem na cierpienie stawów, jakotéż mniejszą odsetką powikłań, stoi jednak za to niżéj od niego, co do czasu trwania choroby i korzystnego wpływu, jaki ten ostatni na ciepłotę wywiera. *Kalium jodatum* wewnętrznie podawane okazuje wyniki pomyślniejsze niż *Natrum aceticum* co do wpływu na cierpienie stawów jakotéż co do częstości powikłań, ustępuje mu jednak pod względem czasu trwania choroby. Zważywszy jednakowoż, że jodek potasu podawano zazwyczaj w przypadkach z przebiegiem więcéj przewlekłym, w których choroba o wiele jest uporczywszą, musimy jodkowi potasu przyznać pierwszeństwo co do korzystniejszego wpływu na czas trwania choroby. Z drugiéj za to strony, ponieważ powikłania z chorobami serca w przypadkach z przebiegiem przyostrym o wiele rzedziéj się wydarzają, nie należy uważać *Kalium jodatum* za lek zapobiegający im najskuteczniéj ze wszystkich innych środków w gośćcu używanych. W każdym więc razie musimy jodkowi potasu dać pierwszeństwo przed octanem sodowym, nieodmawiając jednak zupełnie temu ostatniemu wpływu korzystnego na leczenie, winniśmy go przeciez uznać za najmniéj skuteczny z leków przez nas używanych.